Aus der Hydrotherapeutischen Universitätsanstalt
(Direktor: Prof. Dr. Schönenberger)

Das Rödersche Mandelabsaugen

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der

Medizinischen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Berlin

vorgelegt von

Fritz Marotzki
aus Bingen a./Rh.

Tag der Promotion: 7. Juni 1933

Druck von Gebr. Hoffmann, Berlin-Charlottenburg, Schillerstraße 44

403

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. Gocht

Referenten: Prof. Dr. Schönenberger
Prof. Dr. Goldscheider

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Im Jahre 1865 machte Trousseau zum erstenmale in der Clinique de l'hôtel Dieu auf das gleichzeitige Vorkommen von Angina und Gelenkrheumatismus aufmerksam. In Arbeiten von Lapran, Peponier, Garod, Fowler und Stewart wurde der causale Zusammenhang außer Zweifel gesetzt. Auch Autoren wie Gürich, Borany und v. Lenart haben dem chronischen Krankheitszustand der Tonsillen ihre Aufmerksamkeit geschenkt. Pässlers Verdienst ist es, die Erkenntnis gefördert zu haben, daß auch viele andere Krankheitszustände wie Myalgien, Neuralgien, ferner Störungen am Herz und Gefäßapparat auf die Tonsillen zurückzuführen sind. Nach diesen Erforschungen bildeten sich zwei Richtungen, die eine, daß die Tonsillen ein Abwehrorgan für Infektionen darstelle, und deshalb bei den von ihnen ausgehenden rezidivierenden Krankheiten möglichst bald entfernt werden möchten. Die andere, die konservative, suchte andere Wege und bereits im Jahre 1905 machte Prym auf eine mechanische Saugbehandlung der Tonsillen aufmerksam. Prym gelang es besonders in akuten Fällen gute Resultate zu erzielen, aber bei einer chronischen Tonsillitis reichte das Verfahren wegen der Unzulänglichkeit seines Sauginstrumentes, das aus einem Saugnäpfchen bestand, noch nicht aus. Immerhin konnte der Autor einen erfolgreichen Fall beschreiben, bei welchem chronische Halsschmerzen durch Absaugen der Tonsillen restlos beseitigt wurden, trotzdem die Tonsillen bei genauer Betrachtung keinen krankhaften Befund ergaben. Erst dem Elberfelder Arzt Heinrich Röder, gelang es im Jahre 1912, das von Prym angegebene Sauginstrument zu einem praktisch brauchbaren zu modifizieren; er konnte mit dieser Hilfe von zahlreichen Fällen berichten, die durch Mandelabsaugung geheilt worden waren. Seine Erfolge wurden durch viele Autoren bestätigt, sodaß seine Methode mit Recht den Namen das Rödersche Mandelabsaugen oder Rödern trägt. Um die Wirkungsweise des Röderns und experimentelle Versuche zu verstehen, ist es erforderlich kurz auf die Anschauun-

gen Röders und auf die modernen Theorien verschiedener Autoren einzugehen.

Röder stellte im Jahre 1912 seine Hypothese der zentralen Stellung der Mandeln im Lymphgefäßstrom auf und arbeitete mit steigendem Erfolge, trotz aller Gegnerschaft der Aerzte, an dem Ausbau seiner Mandelgesundungsbestrebungen. Er betrachtet die Gaumenmandeln als Lymphausscheidungsorgan, zwecks Reinigung des Blutes und der übrigen Säfte, wobei sie zugleich ein übergeordnetes Regulierungsorgan für die Schleimhäute darstellen, ferner als Verbindungsorgan mit dem zentralen und vegetativen Nervensystem. Er steht auf dem Standpunkt, daß der Lymphstrom sich nicht nur in den Ductus thoracicus ergießt, sondern auch durch die Tonsillen tritt. Bei einem gestörten Abfluß der Lymphe in den Tonsillen finden die schädigenden Erreger in der Lymphstauung der chronisch veränderten Gaumenmandeln geeigneten Nährboden. Eine Beseitigung der Lymphstauung wirkt sich auch auf die entfernt liegenden erkrankten Organe im günstigen Sinne aus. Aehnlich sieht Fein die Tonsillen als Ausscheidungsorgan für bakterielle Erreger an und stellt im Jahre 1921 seine Anginosetheorie auf, nach der die Tonsillitis keine primäre, sondern der Ausdruck einer Allgemeinerkrankung ist. In der Tat dürften bei Scharlach, besonders bei der Angina agranulocytotica, septischen Leukämie und Angina luetica die erkrankten Mandeln wohl kaum die Eingangspforte der Infektion darstellen. Diesen Anschauungen Fein's schließen sich Forscher wie Denker, Nüssmann, Schottmüller, Schnelz, von Szontagh und Uffenorde an. Die Mandeltherapeuten, die von der reinen Infektionslehre ausgehen, sehen auch in den Tonsillen eine Stätte der occulten Immunisierung. Die Tonsillen fangen die so zahlreich mit der Respirationsluft und mit der Nahrung eintretenden Krankheitserreger auf, fixieren sie und veranlassen die Bildung von Immunkörpern im Organismus. Aus diesem Grunde sind die Tonsillen in der Jugend am stärksten ausgebildet und bilden sich nach der Pubertät zurück, nachdem die meisten Infektionen überstanden sind. Nur bei Ueberanstrengung der Tonsillen erkranken diese selbst, und die passierenden Erreger finden in den regionären Drüsen eine mehr oder weniger gesicherte Schranke. Die erkrankten Gaumenmandeln stehen daher im Vordergrund des Interesses, nicht allein weil sie nach Häufigkeit und Schädlichkeit den ersten Platz

einnehmen, sondern auch weil sie einer lokalen Beobachtung und Behandlung am besten zugängig sind. Bei einer chronisch entzündlichen Mandel ist gewöhnlich jegliche Tendenz zur Spontanheilung erloschen und eine Sanierung erforderlich.

Die Diagnosestellung einer chronischen Tonsillitis ist nicht leicht. Fein sieht nach seinen kritischen Beobachtungen in den reinen Anginen, ebenso wie in ihren Komplikationen und Nachkrankheiten an anderen Organen eine Allgemeininfektion mit örtlich und zeitlich verschiedenen Manifestationen. Alle umschriebenen und diffusen Anhäufungen der Tonsillen sind als zusammenhängende mit gleichen anatomischen und physiologischen Eigenschaften ausgestattete Gebilde aufzufassen. Eine mächtige Entwicklung derselben ist hauptsächlich durch individuelle Veranlagung bedingt und nicht auf einen pathologischen Prozeß zurückzuführen. Das bindegewebige Balkennetz der Oberfläche auf den Tonsillen ist ebenfalls individuell verschieden und darf nicht als Narbengewebe angesehen werden. Weißliche Flecke, Pfröpfe, sind an und für sich kein Zeichen einer Entzündung, sondern Detritus, der unter bestimmten anatomischen Bedingungen sich ansammelt. Fein lehnt folgerichtig eine chronische Entzündung ab, die allgemein aus der Vergrößerung, Zerklüftung und vermehrter Pfropfbildung geschlossen wird. Eine oedematöse Infiltration, besonders auch in den Gaumenbögen spricht für eine Erkrankung. Ein vermehrter Leukocytengehalt spricht ebenfalls für eine Tonsillenerkrankung, und es ist Uebungssache, zwischen einem harmlosen Sekret und wirklichen Eiter eine Entscheidung zu fällen.

Dagegen sprach Schmidt die Ansicht aus, daß diejenigen Organe, die so häufig akuten Infektionen ausgesetzt sind, auch der Sitz latenter Infektionsherde sein können. Er nahm an, daß die Neigung zu Rezidiven ihren Grund in einer chronischen Infektion der Tonsillen mit Anginaerregern haben. Die pathologisch-anatomischen und histologischen Befunde von Dietrich haben gezeigt, daß wir bei auffällig großen Tonsillen auch bei Fehlen sonstiger wichtiger klinischer Anzeichen mit dem Bestehen einer chronischen Entzündung zu rechnen haben. Pfröpfe, wenn sie auch nicht die Träger einer chronischen Infektion zu sein brauchen, sind offenbar auf dem Boden der durch eine chronische Tonsillitis hervorgerufenen anatomischen Veränderungen entstanden. Die Pfröpfe

sind also mindestens Folgeerscheinungen einer chronischen Mandelinfektion. Die bakteriologischen Untersuchungen von Winkler, Frank Billings und seinen Mitarbeitern Thalmann und Schmitz haben übereinstimmend ergeben, daß man in der Tiefe des Parenchyms solcher Tonsillen mit der Neigung zu rezidivierenden Anginen regelmäßig Keime findet, die im allgemeinen denjenigen Arten anzugehören scheinen, die sich auch bei der acuten Angina finden, auch dann, wenn klinisch die letzte acute Angina weit zurückliegt. Der vorwiegende bakteriologische Befund bestand aus Streptokokken der verschiedensten Typen, Staphylokokken, Diplokokken, Pneumokokken und fusiformen Stäbchen. Struck fand bei Gaumenmandelabstrichen von 71 Patienten ohne Berücksichtigung des Alters und Geschlechtes hauptsächlich den Streptokokkus viridans, der in 90,1 % der Fälle festgestellt wurde, massenhaft fusiforme Stäbchen mit wenig Spirillen fanden sich in 12,68 %, haemolysierende Streptokokken teils allein (1mal), teils in Mischflora 11,27 %, Streptokokkus anhämolytikus in 1,14 %, Staphylokokkus aureus haemolytikus in 5,2 %. Auch ein jahresunterschiedliches Vorkommen von Erregern wurde beobachtet, so der Influenzabazillus (Bac. mucosus capsulat.), Diphtheriebazillen im Frühjahr und der micrococcus catarrhalis im Herbst. Ferner wurden auf den Tonsillen Actinomyceten, Leptothrix buccalis und Colibazillen festgestellt. Von Amersbach und Löwenstein wurde darauf hingewiesen, daß auch Tuberkelbazillen auf den Tonsillen vorkommen können. Pässler macht darauf aufmerksam, daß Infektionserreger im Blute oder lebenden Geweben bald zu Grunde gehen, aber in toten Räumen, d. h. an bestimmten Prädilektionsorten für die Bildung chronischer Herde deshalb unbegrenzt leben, weil hier kein lebendes Gewicht, also keine Abwehrkräfte in Aktion treten können. Wird Eiter im Gewebe oder in vorgebildeten Hohlräumen in Mandelkrypten bei äußerlich gesund erscheinenden Mandeln gefunden, so liegt ein sicheres Zeichen für das Vorhandensein eines chronischen Infektionsherdes vor. Die beiden sich scheinbar widersprechenden Theorien können möglich sein. Bei Berücksichtigung der Gesamtlage gelangt man am besten zur Diagnose, wenn man nach folgender Richtung verfährt:

1. Anamnese: (Rezidivierende Angina, peritonsilläre Abszesse, Folgeerkrankungen an anderen Organen).

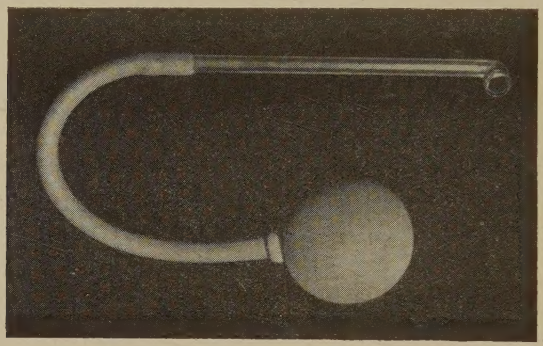
2. Status: (Residuen früherer Affektionen wie Narben, Verwachsungen, Schrumpfungen, Oedeme der Gaumenbögen, Temperatur, Sekret, Eiter peritonsillär).

3. Temperatur: Nach Massage der Tonsillen.

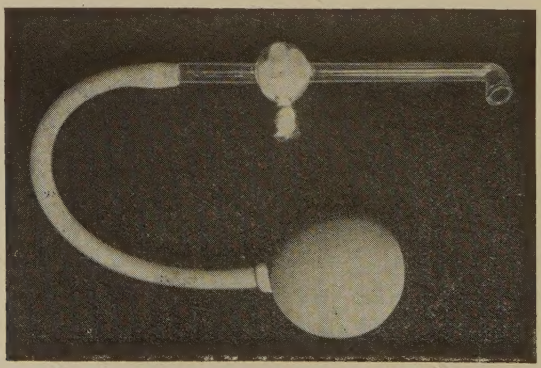
4. Sonstige Herde: (Zähne, Nebenhöhlen und Ohren). Von Wichtigkeit ist auch die Beobachtung des Zustandes der regionären Halslymphdrüsen. Die hier in Betracht kommenden Lymphbahnen wurden von Most genauer untersucht. Der Lymphstrom aus dem Lymphgebiet des Naseninnern gelangt mit den Lymphgefäßen der Gaumenbögen und der Tonsillengegend zu den tiefen Halsdrüsen, besonders zu der oberen Gruppe der Glandulae jugulares profundae. Auch die Lymphe aus dem vorderen und unteren Teil des Pharynx sammelt sich zu Stämmen, die die Membrana thyreo-hyoidea durchbrechen, um zu der oberen vorderen Gruppe der Glandulae jugulares profundae zu gelangen. Die Lymphe der Tonsillen und der benachbarten Schleimhaut vom Zungengrunde bis zur Tube sammelt sich in der Gegend der Gaumenmandeln und zieht in mehreren Stämmen zu der vorderen oberen Gruppe der Glandulae jugulares. Haymann weist darauf hin, daß es nicht möglich ist, Erkrankungen auf Grund von Drüsenschwellungen zu erkennen, wohl aber ein Anhaltspunkt zu einer genauen Untersuchung der in Betracht kommenden Gebiete gegeben ist.

Die meisten Autoren kommen in dem Gebiet der Tonsillenerkrankung zu dem Endresultat, daß Arzt und Patient große Enttäuschungen erleben können, wenn operative Maßnahmen, wie Tonsellektomien ohne genügende Indikationen vorgenommen werden. Bei allen Tonsillenerkrankungen ist eine gründliche interne Untersuchung erforderlich, und es sollten nur dann operative Maßnahmen vorgenommen werden, wenn das Leiden auf eine sichere Aetiologie hindeutet. Umsomehr sollte man eine konservative Behandlung versuchen, und unter diesen Maßnahmen muß der Röderschen Mandelabsaugungsmethode ein gebührender Platz eingeräumt werden. Das Rödern selbst beruht auf dem Prinzip der Stauungshyperämie von Bier. Sein Mitarbeiter Klapp, der im Jahre 1905 den Saugapparaten bei entzündlichen Erkrankungen, wie mastitis puerperalis und Furunkulose zum Siege verhalf, gab auch Prym die ersten Anregungen zu einer tonsillären Absaugung. Das

Absaugen der Tonsillen wird ausgeführt mit einem umgebogenen Saugglas, das mit einem längeren Rohre versehen ist. An dem Ende des Rohres befindet sich ein Schlauch mit einem Gummiballon, wie nachstehende Abbildung zeigt.



Die Saugglocke wird beim Ansaugen leicht auf die Tonsille gesetzt. Durch öfteres Eindrücken des Ballons wird in dem Saugglas ein luftverdünnter Raum hergestellt, der die verstärkte Saugkraft bewirkt. In die Saugglocke wird mit Wasser angefeuchtete Watte gelegt, um zu verhüten, daß das abgesaugte Sekret in den Gummiballon gezogen wird, oder auch wieder auf die Tonsille zurückgestoßen wird.



Bei der Handhabung dieser Röderschen Mandelsauger ergaben sich bezüglich der Asepsis Zweifel, sodaß von mir mehrere hygienische Untersuchungen ausgeführt werden mußten. Das Er-

gebnis dieser Beobachtungen zeigte, daß Tonsillensauger, die am Ansatzrohre eine Glaskugel mit einem kleinen offenen Trichter tragen, für die experimentellen Versuche der Röderschen Mandelabsaugungen am besten geeignet sind.

Die Glaskugel wird mit Watte lose gefüllt und der kleine Trichter mit Watte fest verschlossen.' Der Vorteil ist in verschiedenen Punkten zu suchen. Zunächst wirkt die mit Watte versehene Glaskugel als ausgezeichnetes Filter, sodaß Ansatzschlauch und Ballon vollständig steril bleiben. Ferner wird bei diesem Verfahren ein Herausfallen der angefeuchteten Watte aus der Saugglocke und Verschlucken durch den Patienten, wie es bei den gewöhnlichen Saugern unter Umständen möglich war, vermieden.

Die Sterilität des Gummiballons und des Ansatzschlauches läßt sich durch folgenden Versuch beweisen. Die Tonsillensauger werden im Lufttrockenschrank eine halbe Stunde bei 180° sterilisiert. Gummiballon und Ansatzschlauch werden durch Auskochen keimfrei gemacht. Das Verbindungsstück zwischen Glaskugel und Ansatzschlauch wird als Versuchsfeld mit steriler Watte versehen. Nach dem Mandelabsaugen wird die Watte aus dem Versuchsfeld herausgenommen und in eine Nährbouillon gelegt. Diese verbleibt zunächst 8 Tage im Brutschrank bei einer Temperatur von 37°. Hierauf läßt man die mit der Versuchswatte versehene Nährbouillon nochmals weitere 8 Tage im Brutschrank bei einer Temperatur von 32°. Nach diesen ausgeführten Versuchen konnten von mir niemals Bakterien festgestellt werden.

Das von Röder anempfohlene energische Auswischen der hinteren Rachenwand wurde bei den Untersuchungen nicht angewandt, da es nach Ansicht vieler Autoren keinen Einfluß auf einen etwaigen Erfolg hat. Mit der Röderschen Saugbehandlung wurden folgende Krankheiten behandelt: Angina catarrhalis, Adenoide Wucherungen, Kopfschmerzen, Appendicitis, Rheumatismus, Myalgien, Neuralgien, Ischias, Hyperacidität, Allergische Erkrankungen wie Asthma und Reizhusten, nervöse Schlaflosigkeit, Schwerhörigkeit, Erkrankung des Herz- und Gefäßsystems und Basedow.

Aus der Untersuchungsreihe der Fälle, die mit der Röderschen Mandelabsaugung behandelt worden sind, sollen im folgenden

mehrere von mir selbst beobachtete Beispiele heraus genommen werden:

Am häufigsten wird die lakunäre Angina, die phlegmonöse und abscedierende Tonsillitis behandelt, weil sie infolge ihres schweren und fieberhaften Verlaufes vom Patienten nicht so leicht unbeachtet gelassen werden kann. Die leichten Fälle von Angina catarrhalis werden von den Patienten oft nicht beachtet oder schnell vergessen. Durch Röder, Fein und anderer Forscher ist aber einwandfrei nachgewiesen worden, daß solche Anginen bereits die erste floride Lokalisation von Krankheitserregern sind. Entsprechend der Auffassung, daß die gewöhnliche Angina follicularis bereits eine Sekundärlokalisation, also im Sinne des Wortes eine Infektionskrankheit darstellt, bei der Krankheitserreger unzweifelhaft eine Rolle spielen, liegt es nahe, der Röderschen Mandelabsaugung die größte Aufmerksamkeit zu schenken. Bereits nach der ersten Absaugung sinkt in den meisten Fällen schon am ersten Tage die Temperatur, und die Schluckbeschwerden lassen bedeutend nach. Die mit einer Angina in Zusammenhang stehenden rheumatoiden-, Gelenk- oder auch andere Erkrankungen konnten nach der Behandlung des Röderns nicht beobachtet werden.

Hilde H., 11 Jahre alt, heftige Hals- und Schluckbeschwerden, Temperatur in der Achselhöhle 38,5, innere Organe (Lungen, Herz und Abdomen) o. B. Reflexe normal. Rachenorgane: Auf den stark geröteten Tonsillen befinden sich eitrige Pfröpfe. Gaumenbögen oedematös gerötet, keine Schwellungen der regionären Halslymphdrüsen. 20. 8. Rödersche Mandelabsaugung ergibt rechts und links die Entfernung von zahlreichen eitrigen Pfröpfen. 21. 8. die Hals- und Schluckbeschwerden haben nachgelassen, Temperatur 37,1 (axillar). Die Tonsillen und Gaumenbögen sind nur noch wenig gerötet. R-M-Absaugung ergibt rechts zwei Pfröpfe, links kein Befund. 25. 8. an den Tonsillen und Gaumenbögen ist kein krankhafter Befund festzustellen. R-M-Absaugung. 13. 9. Zustand normal, R-M-Absaugung, kein Sekret, Behandlung abgeschlossen.

Charles P., 36 Jahre alt, seit drei Tagen erkältet, Kopfschmerzen, Kratzen im Halse, Schluckbeschwerden, sonst nie krank gewesen. Temperatur in der Achselhöhle gemessen 37,6. Lungen und Bauchorgane kein krankhafter Befund, Urin o. B., Reflexe normal. Blutdruck: R. R. 130/80. Die Tonsillen sind nicht hypertrophisch, aber stark gerötet und eitrig belegt. Die Gaumenbögen sind oedematös geschwollen. 16. 9. R-M-Absaugung, rechts und links reichlich eitriges Sekret. 17. 9. Besserung, Temperatur 37°,

die Schluckbeschwerden sind geschwunden, R-M-Absaugung, wenig eitriges Sekret. 19. 9. Allgemeinbefinden gut, kein krankhafter Befund mehr festzustellen. 25. 9. Befunden gut, Behandlung abgeschlossen.

Pässler äußerte bereits die Ansicht, daß als Ursache der Diathesen eine chronische Tonsillitis anzusehen sei. Auch nach den Erfahrungen von John kann eine chronische Tonsillitis den Boden für eine exsudative oder neuropathische Diathese abgeben. Die Erscheinungen wie Hyperplasie des lymphadenoiden Gewebes, Neigung zu Erkältungskrankheiten, labile Körpertemperatur, angiospastische Pseudoanämie und zahlreiche andere vasomotorische Symptome (Schweiß, Ohnmacht, Migräne, Schwindel, Farbenwechsel, Brechneigung, Urticaria etc.) lassen sich durch Behandlung der Tonsillen in vielen Fällen beeinflussen.

Kurt K., 11 Jahre alt, seit Jahren Neigung zu Erkältungskrankheiten, Schlafen mit offenem Munde, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit. Befund: Innere Organe normal, Gebiß intakt, beide Tonsillen hypertrophisch und belegt, bohnengroße Schwellungen der regionären Halslymphdrüsen am Innenrande des musculus sternocleidomastoideus, Temperatur 37 2°, 4. 7. R.M.-Absaugung beiderseits, ebenso am 14. 7., 29. 7. kein Belag auf den Tonsillen. 7. 8. Besserung, schläft mit geschlossenem Munde, die Kopfschmerzen haben nachgelassen, R-M-Absaugung. Weitere Absaugung am 16. 8., 23. 8. Befinden normal. 6. 9. und 27. 9. R.-M.-Absaugung. 29. 9. Die hypertrophischen Tonsillen haben sich nach mehrwöchentlichem Absaugen zurückgebildet. Ein krankhafter Befund ist nicht festzustellen. Weitere Absaugungen am 5. 10., 12. 10., 19. 10., 25. 10., 1. 11. Zustand normal.

Siegfried D., 15 Jahre alt, Schwerhörigkeit auf dem rechten Ohre, Kopfschmerzen, schläft mit offenem Munde, Schnarchen, spricht durch die Nase. Innere Organe ergeben normalen Befund, Gebiß intakt, Flüsterton wird auf dem rechten Ohre auf 4 m nicht gehört. Tonsillen beiderseits stark hypertrophisch und zerklüftet, Gaumenbögen leicht oedematös geschwollen, die regionären Halslymphdrüsen am Innenrande des musculus sternocleidomastoideus bohnengroß geschwollen, Temperatur 37,1°. 17. 8. beiderseits R.-M.-Absaugung, Entfernung von reichlich Sekret, weitere Absaugung am 19. 8. und 23. 8., Besserung, Nachlassen der Kopfschmerzen, schläft mit geschlossenem Munde, Gehör auf dem rechten Ohre normal. Weitere Absaugung 27. 8., Allgemeinzustand gut, Tonsillen ergaben keinen krankhaften Befund, 1. 9. Behandlung abgeschlossen.

Eva Ch., 11 Jahre alt, seit frühester Kindheit häufig Mandelentzündung mit Abszessen, die geschnitten worden sind, Masern, Scharlach, Diphtherie, zweimal Lungenentzündung, vor 14 Tagen trockene Rippenfellent-

zündung, jetzt klagt das Kind über Schluckbeschwerden, Ohrenschwerzen, und Schwerhörigkeit auf dem linken Ohre, Schlafen mit offenem Munde, Schnarchen. Mit 6 Jahren sind beide Tonsillen abgekappt worden, Herz, Lungen und Bauchorgane o. B. Reflexe normal, Flüsterton auf dem linken Ohre wird auf 4 m nicht gehört, rechts normaler Befund. Rachenorgane: die rechte Tonsille ist vergrößert, stark zerklüftet und belegt, die linke ist sehr stark hypertrophisch und reicht bis zum Zäpfchen, die Gaumenbögen sind stark gerötet und geschwollen, die regionären Halslymphdrüsen an dem Innenrande des musculus sternocleidomastoideus links bohnengroß geschwollen. Die Zunge ist belegt, Temperatur 37,3°, 8. 9. R-M-Absaugung, links reichlich Sekret und Blut, rechts o. B., 10. 9. Zustand derselbe, R.-M.-Absaugung, 13. 9. die Schluckbeschwerden haben nachgelassen, Schlafen mit geschlossenem Munde, Gehörprüfung auf dem linken Ohre normal, R.-M.-Absaugung. Weitere Absaugungen 15. 9., 17. 9., 19. 9., 21. 9., 24. 9., 28. 9., 30. 9., 2. 10,, 5. 10., 8. 10., 10. 10., 14. 10., 16. 10., 18. 10., 22. 10., 29. 10 In der Zeit vom 15. 11. bis 24. 11. ist kein krankhafter Befund festzustellen. 5. 12. Zustand normal.

Die Beobachtungen zeigen, daß in schweren Fällen von Hypertrophien nach mehrmaligem energischem Absaugen der Tonsillen eine Gesundung oder weitgehende Besserung erzielt werden kann und weiteren Krankheiten, wie Gelenkrheumatismen, Herz- und Nierenleiden vorgebeugt wird. Die Kinder, welche an dauernden Erkältungskrankheiten leiden, mit offenem Munde schlafen, und deren chronischer Tonsillenkatarrh sich auf die Nasenschleimhaut und Tuben erstrecken kann, werden durch die konservative Methode des Röderns von ihrem lästigen Leiden befreit.

Ein Zusammenhang zwischen Appendicitis und Tonsillitis wird in bestimmten Fällen durch klinische Beobachtungen und experimentelle Versuche bestätigt. Bis heute ist eine einheitliche Aetiologie der Appendicitis noch nicht festgestellt. Die Tonsille entspricht im Bau der Wurmfortsatzschleimhaut im Hinblick auf den Reichtum an lymphadenoidem Gewebe. Der erste, der die Appendicitis als Teilerscheinung von Allgemeinerkrankungen auffaßte, war Jalaguier. Er beobachtete das Auftreten von Perityphlitis nach acutem Gelenkrheumatismus, Masern, Typhus, Varicellen und Scharlach. Achoff streitet die haematogene Infektion des Wurmfortsatzes in seltenen Fällen nicht ab, steht aber auf dem Standpunkt, daß verschluckte Streptokokken im Darm leichte Reizung und im Wurmfortsatz eine Entzündung bewirken können. Bei einem von Läwen und Burkhardt in Marburg an Appendicitis

operierten Kinde wurden in dem resezierten Wurmfortsatz Diphtheriebazillen gefunden, nachdem das Kind vorher eine Tonsillendiphtherie durchgemacht hatte. Auch durch einen experimentellen Tierversuch von Simeoni wird der Zusammenhang zwischen Tonsillitis und Appendicitis nachgewiesen. Der Autor injizierte Streptokokken viridans in Reinkultur Tieren in die Tonsillen, anderen Tieren in den Wurmfortsatz. Auf Grund der histologischen Beobachtungen und des bakteriologischen Befundes hat der Verfasser immer den Uebertritt der pathogenen Keime von einem lymphatischen Organ zum anderen feststellen können. Ein Beweis, daß die haematogene Infektion zwischen Tonsille und Appendix möglich ist und eine (Angina)-Appendicitis wegen der großen Virulenz der Erreger unter Umständen einen schweren Verlauf nehmen kann. Auch bei Influenzaerkrankung sollen engere Zusammenhänge zwischen Angina und Appendicitis vorliegen (Lucas, Champonière). Ebenso ist bekannt, daß bei Influenzaepidemien zeitweise die Appendicitis einen gewissen epidemischen Charakter zeigt.

Frl. Emma Gl. 33 Jahre alt, seit 8 Tagen heftige Schmerzen im Rücken und in den Schultergelenken, klagt über Schmerzen in der Blinddarmgegend, besonders beim Gehen, Atembeschwerden und Darmträgheit. In den letzten 3 Tagen Verschlimmerung der Schmerzen in der rechten Bauchgegend. Herz und Lungen ergeben normalen Befund, Bauchdecken gespannt, Macburneyscher Punkt positiv. Die passiven Bewegungen in den Schultergelenken sind schmerzhaft. Die Tonsillen beiderseits weisen bei äußerer Betrachtung keinen krankhaften Befund auf. Die regionären Halslymphdrüsen sind leicht geschwollen, Temperatur 37,6°, Puls 85. Blutdruck: R. R. 125/80. Blutbild: 2 Eosin., 1 N. Stabk., 57 N. Segm., 36 Lymph., 6 Gr. Mon., Erythroc. 4,0, Hb. 77, Leucoc. 6300, Skg. 9 mm. Therapie: 20. 8. R-M-Absaugung, links und rechts reichlich eitriges Sekret, 23. 8. Zustand sofort nach der ersten Absaugung gebessert. Die Gelenk- und Kreuzschmerzen sind geschwunden, Bewegungen in den Schultergelenken sind normal, keine Druckempfindlichkeit der Blinddarmgegend, keine Spannung der Bauchdecken, Puls 72, Temperatur 37,2°. 25. 8. Patient fühlt sich sehr wohl, keine Beschwerden, R-M-Absaugung, 8. 9. normaler Zustand, R-M-Ab.. saugung, 5. 10. normaler Zustand, R-M-Absaugung, 25. 11. normaler Befund, 6. 12. kein krankhafter Befund.

Bei langandauernden Kopfschmerzen ist es von Wichtigkeit, den mannigfaltigen Ursachen nachzugehen und die krankhafte Be-

schaffenheit der Tonsillen zu berücksichtigen. Die zahlreichen Verbindungen der Nerven des Pharynx mit den Nerven, deren Rami meningei zur Dura verlaufen (V. X. XII.), sowie mit dem Sympathicus und Parasympathicus, den Regulatoren der Blutzirkulation in den Meningen, erklären die Möglichkeit, daß von den Mandeln aus reflektorisch Schmerzen in der Dura erzeugt oder Gefäßspasmen in den Meningen ausgelöst werden können, die sich als Kopfschmerzen kundgeben. Liebermann hat bei Genickschmerzen, die meist für rheumatisch erklärt werden, sowie Schmerzen im ersten und zweiten Ast des Trigeminus nach Enucleation chronisch veränderter Tonsillen Ausheilung, oder auch weitgehende Besserung erzielt, natürlich unter Ausschluß einer im Zahngebiet oder in den Nebenhöhlen gelegenen Aetiologie. Ausschlaggebend sind die regionären Lymphdrüsenschwellungen. Diese liegen längs der großen Halsgefäße und treten in Verbindung mit dem Plexus caroticus sympathicus, welcher innerhalb der Schädelhöhle in den Plexus cavernosus übergeht, und hier wahrscheinlich in direkter Verbindung mit dem Ganglion Gasseri steht. Vorliegende Krankengeschichte zeigt, daß es möglich ist, mit der Röderschen Absaugung bei langandauernden Kopfschmerzen eine günstige Wirkung zu erzielen.

Frau Emilie R., 54 Jahre alt, als Kind häufig an Mandelentzündung erkrankt, auch später öfters Mandelabszesse. Seit zwei Jahren anhaltende heftige Kopfschmerzen, die jeder Behandlung trotzten und sich bei Mandelentzündungen verschlimmerten. Vor einem Jahr sollten die Tonsillen herausgenommen werden. Beim Bewegen der Zunge Schmerzen in der Halsgegend. Befund: Lungen, Herz und Bauchorgane kein krankhafter Befund. Reflexe normal. Blutdruck: R. R. 130/80, Urin o. B., Temperatur in der Achselhöhle gemessen 37°. Beide Tonsillen hypertrophisch und zerklüftet. Die regionären Halslymphdrüsen sind beiderseits geschwollen, ebenso die Gaumenbögen. Leichte Struma. Therapie: 29. 8. R-M-Absaugung, links und rechts reichlich eitriges Sekret. 2. 9. Nachlassen der Kopfschmerzen, R-M-Absaugung, 7. 9. R-M-Absaugung, linke Tonsille ergibt eitriges Sekret, rechts ohne Befund. Weitere Absaugungen am 9. 9., 11. 9., 14. 9., 17. 9., 21. 9., 24. 9., 28. 9. Kopfschmerzen haben sich seit dem 9. 9. nicht mehr gezeigt. Normaler Befund.

Die Literatur über Rheumatismus ist eine überaus spärliche und die bakteriologischen Forschungen haben bisher nur ein geringes

praktisches Ergebnis gezeigt. Die Hauptbehandlungsarten bestehen auch heute noch in Wärmeanwendungen und einer dadurch erzeugten Hyperämie, in Bädern, Diathermie, Bierscher Stauung, Dampfstrahl und Massage in ihren mannigfaltigen Modifikationen. Ferner werden Jodtinktur und Salicylpräparate verwendet, wie sie von der chemischen Industrie in den verschiedensten Variationen hergestellt werden. Röder behandelte wie schon erwähnt, den Rheumatismus erfolgreich mit seiner Mandelabsaugung. Dagegen führten Anhänger der radikalen Richtung, trotz ungenügender Indikation, Tonsillektomien aus. Die erwartenden Erfolge der operativen Methode blieben zum Teil aus, und ehe man heute die Tonsillen, die letzte Sicherheitsschranke entfernt, sollte man eine schonende konservative Behandlungsart wie das Rödern, zum mindesten versuchen. Es gibt Fälle von Rheumatismus, bei denen Medikamente, wie Salicylpräparate, nicht nur keine schmerzlindernde Wirkung haben, sondern sogar erhebliche Verdauungsbeschwerden und andere Schädigungen des Organismus (Ohrensausen, Erythem, etc.) in Gefolge haben. Bei Sängern und Rednern können die Tonsillektomien Verletzungen der Gaumenbögen und Narben hinterlassen, sodaß Stimmstörungen eintreten. Nach Morawitz sind die Frühoperationen der Tonsillen bei Arthritis, Ischias, Nephritis recht bedenklich. Dasselbe gilt auch, wenn sich ein Herzfehler nach Polyarthritis ausgebildet hat. Bei einer chronischen Nephritis wird der operative Eingriff vollständig abgelehnt. Bei den meisten Gelenkleiden wurden in den Tonsillen Bakterien gefunden, die den Pneumokokken-Streptokokkengruppen angehören. Dieselben haben meist eine elektive Lokalisation und Affinität zu bestimmten Organen, wie Gelenk, Nieren und Endokard. Die rheumatischen Polyarthritiden weisen im Blutbilde eine Leucocytose und Linksverschiebung auf. Bei diesen Fällen ist es erforderlich auf eine lokale Infektion zu fahnden, da die subseptischen Zustandsbilder meist durch Behandlung der Tonsillen beseitigt werden. Nach der Röderschen Saugbehandlung gehen die Symptome neutrophiler Reizung und auch die Gelenkschmerzen zurück.

Zahlreiche Fälle von Myalgien und Neuralgien werden bereits nach ein oder zweimaliger Röderschen Mandelabsaugung zum Schwinden gebracht. Durch ein einmaliges Absaugen werden

kaum alle infektiösen Herde aus den Tonsillen entfernt. John sprach bereits die Vermutung aus, daß beim Ansaugen der Tonsillen, die durch in sie einmündende Vagusfasern mit dem vegetativen Nervensystem in Verbindung stehen, eine ähnliche Wirkung erzielt wird, wie bei Cocainisierung der Fließschen Reflexstelle, wodurch viele durch Sympathikusreize bedingte Schmerzzustände coupiert werden können. Nach A. Schmidt ist die Myalgie als eine toxische Neuralgie aufzufassen.

Georg C., 32 Jahre alt, Telegraphenarbeiter, öfters Mandelentzündung. Seit 4 Jahren häufig blitzartige in der Kreuzgegend auftretenden Schmerzen, die sich hauptsächlich beim Bücken und Wenden einstellen. Herz, Lungen, Bauchorgane o. B. Auf Wunsch des Patienten wird eine Röntgenaufnahme der Wirbelsäule gemacht, die keinen krankhaften Befund ergibt. Die Muskulatur an beiden Seiten der Lendenwirbelsäule ist auf Druck schmerzhaft. Tonsillen beiderseits hypertrophisch. Die regionären Halslymphdrüsen sind vergrößert. 9. 8. R-M-Absaugung. Nach der ersten Behandlung schwanden die Beschwerden. Patient kann die Bewegung wie Bücken, Drehen und Wenden wieder ausführen, sodaß er seine Arbeit wieder aufnehmen kann.

Erna P., 14 Jahre alt, sehr häufig Mandelentzündung, Neigung zu Erkältungskrankheiten, seit 2 Jahren Schmerzen beim Gehen in beiden Kniegelenken. Mit 12 Jahren Menses, regelmäßig. Temperatur 36,8°, Herz, Lungen und Bauchorgane ohne Befund. Reflexe normal. Beide Tonsillen hypertrophisch, zerklüftet, Gaumenbögen ödematös geschwollen. Die regionären Halslymphdrüsen sind vergrößert, in beiden Kniegelenken fühlt man bei Bewegung ein Knirschen. Therapie: Rödersche Mandelabsaugung am 10. 9., reichliches Sekret links, 13. 9. die regionären Halslymphdrüsen haben sich verkleinert, der schmerzhafte Zustand hat nachgelassen. Weitere Absaugung am 15. 9., 17. 9., 19. 9., 21. 9., 23. 9., 25. 9., 27. 9. Während der Zeit vom 15. 9. bis 27. 9. stellte sich kein krankhafter Befund mehr ein. Am 29. 9. Behandlung abgeschlossen.

Frl. Erna D., 36 Jahre alt, klagt seit Monaten über ausgedehnte Schmerzen im linken Schultergelenk, die nach dem linken Ober- und Unterarm ausstrahlen. Menses normal. Seit frühester Kindheit häufig Mandelentzündung und Abszesse. Die Tonsillen sind beiderseits hypertrophisch, und zeigen bei äußerer Betrachtung keinen krankhaften Befund. Blutdruck: 120/80. Die aktiven und passiven Bewegungen im linken Schultergelenk, Ober- und Unterarm sind behindert und sehr schmerzhaft. Therapie: R-M-Absaugung am 10. 8. Das abgesaugte Sekret besteht links aus zahlreichen eitrigen Pfröpfen. Rechts kein Befund. 13. 8. R-M-Absaugung, wenig Besserung. 17. 8. Zustand derselbe, R-M-Absaugung, 19. 8. Besserung des Zustandes, Patient kann die linke Schulter und den Ober- und Unterarm

unbehindert schmerzlos bewegen. 27. 8. Zustand gut, 7. 9. keine Beschwerden, 11. 9. Behandlung abgeschlossen.

Frau Paula H., 37 Jahre alt, öfters Mandelentzündungen. Vor 4 Jahren wegen Bauchfelltuberkulose operiert. Klagt über Schmerzen, die von der rechten Hüfte nach dem rechten Unterschenkel ausstrahlen. Gehen und Laufen machen Beschwerden. Lungen o. B. Herz: Tachykardie, Töne unrein. Blutdruck: 130/75. Lasègue +. Die typischen Ischiasdruckpunkte sind schmerzhaft. Keine Senkfüße. Die Beweglichkeit in den Hüftgelenken ist frei. Blutstatus: Eosin. 1, 41 N. Segment., 34 Lymph., 6 Gr. Mon., Leucoc. 3700, Erythroc. 4,1, Skg. 7 mm, Hb. 78. Die Tonsillen und Gaumenbögen lassen bei äußerer Betrachtung keinen krankhaften Befund erkennen. Therapie: 13. 9. R-M-Absaugung. Weitere Absaugungen am 15. 9., 18. 9., 20. 9., Beschwerden beim Gehen haben nachgelassen. Lasègue —. Eine Schmerzhaftigkeit der Ischiasdruckpunkte ist nicht mehr festzustellen. Weitere Absaugung am 24. 9., 27. 9., 29. 9., 1. 10., 5. 10. Befund normal.

Bei dem akuten Rheumatismus oder bei einer nicht völlig ausgeheilten Polyartritis, sind die Erfolge mit der Röderschen Saugbehandlung an dem zahlreich beobachteten Material sehr eklatant. Am schnellsten kommt man bei denjenigen Fällen zum Erfolg, die mit allgemeinen nervösen Beschwerden, Gefühl der Mattigkeit und Versteifung, in den Gelenken nach der Nachtruhe beginnen. Bei bettlägerigen Rheumatikern ist es von großer Wichtigkeit, ein langes Krankenlager zu verhüten. Hierbei spielt das Rödern eine besondere Rolle.

Im Jahre 1911 hat Pässler darauf aufmerksam gemacht, daß auch Herzschmerzen und Operationsgefühle tonsillogenen Ursprungs sein können. Als Therapie empfiehlt er für die zahlreichen durch eine Mandelgrubeninfektion hervorgerufenen Krankheitszustände eine radikale Entfernung der Tonsillen. John hat seit 1913 mit der Röderschen Mandelabsaugung mehrere Fälle geheilt, deren vegetative Störungen im Bereiche des Herz und Gefäßapparates zu suchen waren. Es ist daher von Wichtigkeit, bei Vagotonikern die Tonsillen einer genauen Untersuchung zu unterziehen. Subjektive Herzbeschwerden, funktionelle Angina pectoris, paroxysmale Tachykardie und ähnliche vagotonische Erscheinungen können eventuell auf die einfache Weise des Röderns beseitigt werden. Der von den Tonsillen ausgelöste Reiz wirkt entweder auf den Vagus oder Sympathikus ein und hebt so einen als Spasmus der Koronargefäße sich auswirkenden Reizzustand des Vagus auf oder

unterbricht die in Sympathikusbahnen erfolgende Fernleitung der im angiösen Anfalle vom Herzen ausgehenden Fasern. Gleichsam wie H. Lauber und H. Scholderer den günstigen Einfluß der heißen Teilbäder bei Angina pectoris in einer Reflexwirkung suchen, so dürfte auch der therapeutische Erfolg nach der Röderschen Absaugung reflektorisch bedingt sein. Durch eine Behandlung der Tonsillen fällt die Voraussetzung für den krankhaften Zustand fort.

Frau Babette W., 50 Jahre alt, Familienanamnese ohne Befund, sehr häufig Mandelentzündungen, klagt seit einundeinhalb Jahren zeitweise über Herzschmerzen, die anfallsweise, besonders beim Gehen auftreten. Seit 14 Tagen ist im Anschluß an eine Mandelentzündung eine Verschlimmerung eingetreten. Patientin hat täglich während des Gehens zwei anginöse Anfälle, sodaß sie sofort stehen bleiben muß. Zusammenschnürender, drückender Schmerz auf der Brust, der in die linke Schulter, linken Arm bis zum Ellenbogen und in die Fingerspitzen ausstrahlt. Vernichtungsgefühl, Gefühl der Angst und Beklemmung. Befund: die Tonsillen sind hypertrophisch, zerklüftet und belegt. Gaumenbögen ödematös gerötet, Temperatur 37°, keine Vergrößerung des Herzens. 2. Aortenton akzentuiert. Lungen und Bauchorgane o. B. Blutdruck: R. R. 160/90. Urin o. B. Reflexe normal. Therapie: 15. 9. Blaulichtbestrahlung und Rödersche Tonsillenabsaugung. Rechts und links reichlich eitriges Sekret. 17. 9. R-M-Absaugung. Weitere Mandelabsaugungen am 3. 10., 5. 10., 7. 10., 10. 10., und 13. 10. In der Zeit vom 3. 10. bis 13. 10. ist kein anginöser Anfall mehr aufgetreten. Patientin fühlt sich vollkommen beschwerdefrei. Weitere R-M-Absaugungen am 15. 10., 17. 10., 19. 10., 21. 10., 24. 10., 26. 10., 28. 10., 2. 11., 4. 11., 6. 11., 9. 11., 11. 11., 14. 11., 18. 11., 20. 11., 24. 11., 27. 11., 4. 12., 8. 12. Ein anginöser Anfall hat sich nicht mehr gezeigt, sodaß Patientin als gesund entlassen werden kann.

Gustav E., 56 Jahre alt, Schneidermeister, hat vor 4 Wochen eine Mandelentzündung überstanden. Im Anschluß daran stellten sich täglich beim Gehen im Freien 1—2 mal heftige Schmerzen in der Brustbein- und Herzgegend ein, die nach der linken Schulter und linken Arm ausstrahlen. Patient muß beim Auftreten des Anfalles sofort stehen bleiben. Sehr häufig Mandel- und Halsentzündungen. Befund: Tonsillen beiderseits hypertrophisch, zerklüftet und belegt. Gaumenbögen und Zähne ergeben normalen Befund. Die regionären Halslymphdrüsen am Innenrande des musculus sternocleidomastoideus sind vergrößert. Herz nach links verbreitert, Töne leise. Blutdruck: 125/80, Urin o. B. Reflexe normal, Lungen und Bauchorgane o. B. Temperatur 36,7°. Therapie: am 26. 9. werden die Tonsillen abgesaugt. Bereits nach der zweiten Tonsillenabsaugung treten die anginösen Anfälle nicht mehr so heftig auf. Weitere Tonsillenabsaugung am 1. 10., 4. 10., 6. 10., 8. 10., 11. 10., 14. 10., 17. 10., 19. 10., 21. 10., 24. 10., 26. 10., ein anginöser Anfall hat sich nicht mehr gezeigt

Es gibt eine Gruppe von Patienten mit Magen- und Darmbeschwerden, insbesondere mit Sodbrennen, bei welchen jede interne Behandlung versagt. Die Ursache dieser Beschwerden ist sehr oft in der chronischen Erkrankung der Tonsillen zu suchen. Die Beschwerden schwinden fast restlos nach Behandlung der Tonsillen mit der Röderschen Mandelabsaugung. Auch nach Tonsillektomien sind ähnliche Besserungen beobachtet worden. In Fällen, bei welchen die übliche Therapie mit Natron, Magnesium, Wismut, Dermatol, Atropin nur vorübergehend half, beseitigte das Rödern die subjektiven Beschwerden restlos. Auch hier könnte man einen Einfluß auf die Sekretion des Magens über das vegetative Nervensystem annehmen.

Frau Anna S., 31 Jahre alt, klagt seit einem Jahre über Magenbeschwerden und Sodbrennen. Die Behandlung mit den verschiedensten Medikamenten blieb erfolglos. Sehr häufig Mandelentzündungen. Herz und Lungen o. B., Magensaftuntersuchung: HCl o. B., Reflexe normal, Urin o. B., Blutdruck: R. R. 125/75. Temperatur 36,7°, Tonsillen sind vergrößert und zerklüftet. Gaumenbögen unr Zähne normal. Am 20. 9. wird eine R-M-Absaugung vorgenommen, ebenso am 22. 9. und 24. 9. Nach den ersten drei Absaugungen haben die Magenbeschwerden und das Sodbrennen nachgelassen. Am 4. 10. ist Patientin vollkommen beschwerdefrei.

Hinsichtlich der Genese und Behandlung der allergischen Erkrankungen, wie Heufieber, Rhinitis vasomotoria, Asthma bronchile, gewissen Fällen von Migräne und Quincke'schen Oedem, bestehen die verschiedensten Ansichten. Zu diesen Erkrankungen rechnet Wolffheim auch einen bestimmten Typ von Reiz- und Krampfhusten, der in seinem Mechanismus dem Asthma und der bronchialen Dyspnöe nahe steht. Er zeigt an mehreren Fällen, daß nicht selten die Tonsillen Sitz von spezifischen Allergenen sein können. Der Autor hat mehrere Fälle von Krampfhusten und Quincke'schem Oedem durch Entfernung der Tonsillen geheilt, und empfiehlt bei der Suche nach dem ätiologischen Agens allergischer Erkrankungen, besonders auch bei dem klinisch weit wichtigerem Asthma bronchiale auf Mykosen der Gaumenmandeln zu achten. Auch Kämmerer macht darauf aufmerksam, daß bei den chronischen Allergien nach Infektionsherden, nicht zuletzt auch in den Tonsillen gesucht werden muß, da oft infolge der Sensibilisierung mit Bakterieneiweiß anaphylaktische Zustände resultieren. Wickelt und Connelt stehen ebenfalls auf dem Standpunkt, daß das Asthma

bronchiale als Folge einer Herdinfektion in den Tonsillen und Bronchien anzusehen ist. Ferner weisen die Arbeiten von Müller-Deham (Wien) darauf hin, daß das Altersasthma (asthmaartige Dyspnöe) auf Schimmelpilz- und Sputumbakterienantigen positiv reagiert und durch dieses desensibilisiert werden kann. Nachfolgend einige Fälle, bei welchen mit der Röderschen Mandelabsaugung eine günstige Wirkung erzielt werden konnte.

Gertrud H., 8 Jahre alt, seit frühester Kindheit häufig Mandelentzündungen. In den letzten zwei Wochen trat ein heftiger Reiz- oder eigenartiger Krampfhusten auf, der bisher nicht zu beeinflussen war. Herz, Lunge, und Bauchorgane ohne wesentlichen Befund. Die Tonsillen weisen bei äußerer Betrachtung keinen krankhaften Befund auf. Die regionären Halslymphdrüsen sind beiderseits bohnengroß geschwollen. Therapie: R-M-Absaugungen am 25. 7. und 27. 7. Der Krampfhusten ist beseitigt, das Befinden gut, sodaß das Mandelabsaugen eingestellt wird. Am 15. 8. trat erneut ein heftiger Krampfhusten auf. R-M-Absaugung, ebenso am 16. 8., danach sofortige Besserung. 13. 9. Befinden gut, kein Krampfhusten mehr. Am 15. 10. trat wiederum ein heftiger Reizhusten auf, R-M-Absaugung. Weitere Absaugungen am 17. 10., 21. 10., 25. 10., 30. 10., 4. 11., 9. 11., 16. 11., 25. 11., 4. 12., 20. 12., In der Zeit vom 17. 10. bis 20. 12. wurde kein Reizhusten mehr festgestellt. 12. 1. beschwerdefrei.

Frau Sophie J., 40 Jahre alt, in der Kindheit sehr häufig Mandelentzündung, seit dem 6. Lebensjahr öfters Luftröhrenkatarrh, seit dem 12. Lebensjahr stellten sich die ersten Asthmaanfälle ein, sodaß Patientin meist 6 Wochen zu Bett liegen mußte. Dann trat Besserung ein bis vor 6 Jahren. Seit dieser Zeit traten im Anschluß an eine Mandelentzündung mehrere Asthmaanfälle auf, die durch Behandlung mit Afenil, Asthmolysin, Inhalation von Glycerinan und Morphium nur wenig gebessert wurden. Seit drei Jahren starke Atemnot besonders beim Gehen im Freien. Herztöne sehr leise. Blutdruck: R. R. 110/80, Lungengrenzen schlecht verschieblich, Giemen und Pfeifen über der ganzen Lunge, Bauchorgane o. B., Reflexe normal, Urin o. B., Temperatur 37°. Therapie: 15. 9. R-M-Absaugung und Atemgymnastik. Weitere tonsilläre Absaugung am 17. 9., 19. 9., 21. 9., und 24. 9. Danach Erleichterung, Nachlassen des Giemens auf beiden Lungenflügeln. Weitere Absaugung am 27. 9. und 29. 9. Befinden gut. Weitere Absaugungen am 1. 10., 4. 10., 6. 10. Beschwerdefrei. Weitere R-M-Absaugungen am 14. 10., 18. 10., 23. 10. Befinden gut. Entlassung.

Experimentelle Untersuchungen an Drüsen mit innerer Sekretion lassen die Annahme berechtigt erscheinen, daß ein wechselseitiger Zusammenhang zwischen Schilddrüsen und Tonsillen be-

steht. Röder machte im Jahre 1911 als erster die Beobachtung, daß sich der typische Kropf eines Kranken nach Anwendung seiner Mandelgesundungsmethode verkleinerte und darauf restlos schwand. Später gelang es ihm die leichten Schilddrüsenvergrößerungen Jugendlicher, die der Behandlung entgingen oder als runder Hals gekennzeichnet waren, mit Hilfe seiner tonsillären Absaugung zu bbeseitigen. Halle berichtete von zahlreichen Fällen, bei welchen Strumen mit ausgesprochenen Basedowerscheinungen nach Entfernung erkrankter Tonsillen sich zurückgebildet haben. Auch Wihtton hat auf diese Weise von 8 Basedowfällen 2 geheilt, 2 gebessert, während 4 unbeeinflußt blieben. Röder nimmt an, daß die Schilddrüsenerkrankung in einzelnen Fällen Folgen der erkrankten Tonsillen ist, ohne daß das Agens ein spezifisches zu sein braucht. Er glaubt, daß es sich um eine Verminderung der Lymphausscheidung aus den Tonsillen handelt. Syk ist der Ansicht, daß nach Gaumenmandelausschälungen und Nasenkürettage das Gleichgewicht im vegetativen Sinne verändert, und so auf endokrine Störungen eingewirkt wird. Braun beobachtet an 9804 Fällen den Zusammenhang zwischen Tonsillen und Thyreoidea und kommt zu dem Ergebnis, daß bei Tonsillektomien sich wohl die toxischen Symptome von seiten der Schilddrüse bessern können, aber nicht die Struma. Bei Basedow bestehen oft Gaumenmandelerkrankungen und es ist immer zu beachten, daß der labile Zustand von Basedowkranken durch die Mandeloperation eher verschlimmert als gebessert wird. Schwere Fälle von Basedow waren nicht alle mit der Röderschen Mandelabsaugung zu beeinflussen. Das Hauptfeld aber sind die leichteren und mittleren Thyreotoxikosen. Durch die tonsilläre Absaugung wird das schädigende Moment beseitigt, sei es im röderschen oder vegetativen Sinne, sodaß eine günstige Wirkung auf die Schilddrüse erzielt wird. Die sympatikon bedingten Erscheinungen von seiten des Herzens und des Gefäßapparates (Tachykardie, erhöhte Vasomobilität, Schweißabsonderung, nervöse Erregbarkeit und Schlafstörungen) schwinden bald.

Frau Gertrud Sch., 49 Jahre alt, leidet seit 25 Jahren an Basedow und deren Folgeerscheinungen. Sehr häufig Mandelentzündungen. Im Anschluß an die letzte Mandelerkrankung vor 14 Tagen trat eine Verschlimmerung ein. Heftige Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit. Herzschmerzen,

Schweißausbrüche, kalte Füße, Allgemeinbefinden schlecht. Menopause noch nicht eingetreten. Befund: Herz: Tachykardie, Pulsfrequenz 140, Blutdruck: 160/90, Lungen: Percutorisch und auscultatorisch o. B. Reflexe normal, Urin o. B. Tremor an den Händen, Exophthalmos. Gräfe'sches und Möbius'sches Symptom positiv. Gebiß intakt. Tonsillen beiderseits hypertrophisch zerklüftet und eitrig belegt. Die regionären Halslymphdrüsen am Innenrande des musculus sternocleidomastoideus sind vergrößert. Therapie: Rödersche Mandelabsaugungen. Dieselben wurden vorgenommen am 18. 8., 20. 8., 22. 8., 24. 8., 26. 8., 28. 8., 1. 9., 3. 9., 6. 9., 11. 9., 14. 9. Besserung des Allgemeinbefindens. Weitere Absaugungen am 18. 9., 21. 9., 24. 9., 27. 9., 1. 10., 4. 10., 6. 10. Schwinden des Gräfe'schen und des Möbius'schen Symptoms. Engerwerden der Lidspalte. Pulsfrequenz 85. Körperliche und geistige Beruhigung. Weitere Absaugungen am 8. 10., 11. 10., 14. 10., 16. 10., 19. 10., 24. 10., 26. 10., 2. 11., 10. 11., 15. 11., 20. 11., Befinden gut.

Frl. Elfriede J., 24 Jahre alt, Herzklopfen, Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, häufig Mandelentzündungen mit Abszessen. Nervöse Unruhe, Verdauung ist sehr schlecht, meist Durchfälle, Schweißausbrüche. Kalte Füße und kalte Hände. Ueberstandene Kinderkrankheiten: Rachitis, Keuchhusten, Masern, Scharlach und Diphtherie. Rückgratverkrümmung, die durch orthopärisches Turnen (Klapp'sche Kriechübungen) ausgeglichen wurde. Seit einem Jahr hat sich der Hals vergrößert. Befund: Glanzauge, Tremor an den Händen. Herz: Grenzen normal, Tachykardie, Puls 98 pro Minute. Lungen: Grenzen normal. Respiratorische Verschiebung gut. Auskultatorisch o. B. Abdomen o. B. Blutdruck: R. R. 135/85. Tonsillen beiderseits vergrößert und zerklüftet. Die Gaumenbögen oedematös infiltriert. Zähne intakt. Die Halslymphdrüsen sind vergrößert. Reflexe normal. Urin o. B. Temperatur 36°. Struma (Halsumfang 34 cm). Am 31. 10. wird an beiden Tonsillen die Rödersche Mandelabsaugung vorgenommen. Entfernung von zahlreichen eitrigen Pfröpfen beiderseits. Weitere Mandelabsaugungen am 2. 11., 4. 11., 6. 11., 9. 11., 11. 11., 13. 11., 15. 11. Danach Nachlassen der Kopfschmerzen, der Rückenschmerzen, der Durchfälle und ebenso des Herzklopfens. Puls: 75 pro Minute. Weitere Mandelabsaugungen am 17. 11., 19. 11., 21. 11., 23. 12., 26. 22., und 28. 11. Patientin fühlt sich wohl, klagt über keine Beschwerden (Halsumfang 32 cm). 5. 1. Entlassung.

Die häufigste Ursache der acuten und der chronischen Glomerulonephritis ist eine bakterielle Infektion. Aber nicht immer wurden Bakterien gefunden und die Nierenerkrankung ist deshalb als ein toxischer Reaktionsvorgang auf einen anderen im Körper bestehenden Prozeß aufzufassen, bei welchem bakterielle Toxine eine Rolle spielen. Der Sitz der primären Erkrankung ist häufig in den Tonsillen und dem lymphatischen Rachenring zu suchen.

Erwähnt sei noch, daß neben den Tonsillen auch Zähne, deren Wurzelgranulome sehr oft virulente Erreger enthalten, ebenfalls Ursache von Nierenerkrankungen sein können. Eine sichere Diagnose läßt sich nur mittels einer genauen Röntgenaufnahme feststellen. In erster Linie sind für eine Nierenerkrankung Streptokokken verantwortlich zu machen. Kleine geschrumpfte, an der Oberfläche narbig veränderte, glatte Tonsillen sind besonders verdächtig. Aus einer acuten Nephritis kann eine chronische entstehen. Bei schubweisem Wiederaufflammen des Entzündungsprozesses ergibt sich von selbst die praktische Regel in allen Fällen hartnäckiger Nierenerkrankungen mit unermüdlichem Eifer nach fokalen Herden zu suchen. Für das Haften der Erkrankung in der Niere spielt offenbar eine Erkältung, Abkühlung oder Durchnässung der Haut eine mitwirkende Ursache. Zusammen mit den Hautgefäßen werden unter deren Einfluß die Nierengefäße in einen kontraktiven Zustand versetzt und es entsteht eine schlechte Durchblutung derselben. Die Widerstandsfähigkeit der Nieren wird geschädigt, die Einwirkung toxischer Infektionen begünstigt, Bei der Behandlung ist eine genaue Anamnese erforderlich, da eine Nierenerkrankung oft geringe Allgemeinsymptome machen lassen, und aus diesem Grunde eine Harnuntersuchung außer acht gelassen wird. Eine operative Entfernung der Tonsillen ist bei acuter Nephritis wegen Auftreten schwerer Nierensymptome kontraindiciert und erst nach mehrwöchentlichen Abklingen derselben mit Erfolg möglich. Die konservative Behandlung bei allen Nierenerkrankungen bietet der Röderschen Mandelabsaugung ein dankbares Gebiet. Eine Restalbuminurie, die unter Umständen jahrzehntelang stationär bleiben kann, ohne das Wohlbefinden der Patientin bedrohlich zu beeinflussen, wird durch die schonende Methode des Röderns bald beseitigt.

Frau Erna. F., 50 Jahre alt. Vor 4 Jahren Nierenentzündung. Vor 2 Jahren Gelenkrheumatismus. Kur in Bad Wildungen. Seit 3 Monaten treten Schmerzen in den Schulterblättern, Knie- und Handgelenken auf. Seit 4 Jahren besteht dauernd Eiweiß im Urin. (Nach Ausweisen der Patientin 0,7—2,5 $^0/_{00}$). Menopause noch nicht eingetreten. Befund: normaler Körperbau, gesunde Farbe. Lungen: Grenzen normal. Respiratorische Verschiebung gut. Auskultatorisch o. B. Herz o. B. Abdomen o. B Reflexe normal. Blutdruck: R. R. 160/90. Katheterurin: Albumen (0,2 $^0/_{00}$). Sediment: Erythrocyten +++, Leucocyten ++, Plattenepithelien ++,.

Tonsillen sind nicht sehr groß, aber sehr zerklüftet und eitrig belegt. Gaumenbögen ödematös geschwollen. Die regionären Halslymphdrüsen sind vergrößert. In allen Gelenken mit Ausnahme der rechten Hüfte und rechten Schulter ist eine beginnende Steifigkeit festzustellen. Temperatur 37,4. Therapie: Rödersche Mandelabsaugung am 17. 10., 19. 10., Urinbefund; Albumen (0,15 $^0/_{00}$) Sediment: Leucocyten +, Plattenepithelien und Erythrocyten +. Rödersche Mandelabsaugung, ebenso am 21. 10., 23. 10., 25. 10., und am 27. 10. Urinbefund: neutral, Albumen (0,12 $^0/_{00}$) Sediment: Leucocyten + Erythrocyten ganz vereinzelt. Rödersche Mandelabsaugung. Weitere Tonsillenabsaugungen am 29. 10., 1. 11., 4. 11. Urinbefund: Albumen (+), Eßbach nicht ablesbar. Sediment: Leucocyten +. Keine Erythrocyten. 7. 11. R-M-Absaugung, Urinbefund neutral. Albumen Spuren. Sediment: vereinzelte Leucocyten. Rödersche Mandelabsaugung 10. 11. Albumen —. Ebenso wurden am 14. 11. und 20. 11. bei der Harnuntersuchung kein Albumen festgestellt.

Entsprechend der Röderschen Auffassung, daß bei Hautleiden der Organismus während der Tonsillenerkrankung sich nicht auf natürlichem Wege, sondern durch die Haut als Ausscheidungsorgan von Stoffwechselprodukten in Form von Hautdunst, Schweiß, von Bakterien und ihren Giften, sowie von anderen Schädlichkeiten zu befreien sucht, und hierbei entzündliche Reize der Haut entstehen können, wurde das Rödern auch bei den verschiedensten Hauterkrankungen angewandt. Nach Röders Ansicht wird mit Hilfe seiner Mandelgesundungsmethode eine Besserung der Hautausscheidung erzielt und als Beweis der günstigen Wirkung das schnelle Schwinden der Exantheme bei Masern und Scharlach angeführt. Bei chronischen Hautleiden ist ein dauernder Erfolg nur dann zu erhoffen, wenn es gelingt durch eine zweckmäßige Allgemeinbehandlung den Körper zu kräftigen und die Haut funktionstüchtig zu machen. Zu einer allgemeinen Kräftigung gehört auch eine Gesundung der Tonsillen, die durch die einfache Weise der Röderschen Mandelabsaugung erzielt wird.

Von Hauterkrankungen, die durch das Rödern in günstigem Sinne beeinflußt werden konnten, seien folgende Beispiele angeführt.

Ernst Fl., 49 Jahre alt, Buchhalter. Mit 29 Jahren stellten sich die ersten Anzeichen von Schuppenflechten ein., zuerst am Kopfe, später auch an beiden Ober- und Unterarmen. Zu gleicher Zeit erkrankten sämtliche Zahnwurzeln, sodaß 6 Zähne gezogen werden mußten. Behandlung mit Arsen, Chrysarobinsalben, Höhensonnen, Sollux- und Röntgenbestrahlungen zeigten keinen Dauererfolg. Auch während des Krieges wurde Pa-

tient wegen seines Hautleidens erfolglos behandelt. Am 20. 5. traten zu dem Hautleiden heftige Magen- und Darmschmerzen auf, sodaß Patient 2 Monate klinisch behandelt werden mußte. Die Schuppenflechten waren unter der Behandlung mit Bädern und Diät abgeheilt. Am 1. 9. aber bildete sich zunächst wieder eine Schuppenflechte am Kopfe. 14 Tage später zeigten sich mehrere Schuppenflechten an beiden Armen, es traten heftigé Darmbeschwerden auf, sodaß Patient wieder in die Klinik aufgenommen werden mußte. Befund: Asthenischer Habitus, Herz o. B., Lungen o. B., Abdomen: Druckschmerzhaftigkeit im Epigastrium. Blutdruck: 115/70, Puls: 76 pro Minute. Blutsenkung 4 mm, Hb. 85, Blutbild: Erythrocyten 4,6, Leucocyten 5800, 15 Eosin., 2 N. Stabk., 45 N. Segm., 32 Lymph., 5 Gr. Mon. Reflexe normal, Urin o. B., Sensibilität normal. Tonsillen beiderseits hypertrophisch und eitrig belegt. Gaumenbögen ödematös. Ausgedehnte Psoriasis am Kopfe, und an beiden Ober- und Unterarmen. Am 4. 10. wird Patient mit Dampfstrahl und Diät behandelt. Gleichzeitig wird die Rödersche Mandelabsaugung vorgenommen, die beiderseits eitrige Pfröpfe ergibt. Weitere Absaugungen am 6. 10., 8. 10. 10. 10., 12. 10. Alle Effloreszensen blassen ab. Die Darm- und Magenbeschwerden haben nachgelassen, Patient fühlt sich subjektiv wohl. Weitere Absaugungen der Mandeln am 14. 10., 16. 10., 18. 10., 20. 10. Die großen erkrankten Flächen sind bis auf die Ränder gut abgeheilt. Weitere Mandelabsaugungen am am 22. 10., 24. 10., 26. 10., und 28. 10. Es sind nur noch blasse Ränder von den Schuppenflechten zu erkennen. Patient klagt über keine Beschwerden mehr, sodaß er ab 29. 10. seinen Beruf wieder ausüben kann.

Frau Fernando D., 51 Jahre alt. Vor 6 Jahren wegen Uterusmyom mit Röntgentiefenbestrahlungen behandelt. Danach Auftreten von trockener Haut und Spannungsgefühl derselben. 1 Jahr später zeigten sich juckende Stellen an den Händen, Armen, besonders Armbeugen. Ausgesprochene Röte der Haut, Pusteln. Fortsetzung der Hautentzündung auf den Nacken, Hals und Rücken. Behandlung mit vegetarischer Rohkost, kein Fleisch, kein Salz, Gewichtsabnahme 30 Pfund. 1 Jahr später verschlimmerte sich das Leiden, die Hautentzündung trat jetzt am ganzen Körper auf. (Diagnose: Basedow, Dermatitis herpetiformis During, Ursprung Klimakterium). Nach Behandlung mit Eierstockspräparaten vorübergehende Besserun. 2 Jahre später Gesichtsrose und erneutes Auftreten der Hautentzündung am Kopf, Gesicht, Hals, Brust und Armbeugen. Trotz 1 jähriger Behandlung zeigt das Hautleiden keine Tendenz zur Heilung. 23. 11. Aufnahme in die Klinik. Subjektive Beschwerden: Schlaflosigkeit, nervöse Unruhe, Herzklopfen, Angstzustände, Spannung, Brennem und Hitzegefühl der Haut am Kopfe, Gesicht, Hals, Brust und Arme. Befund: Herz o. B. Puls 80 pro Minute, Lungen o. B., Abdomen o. B. Reflexe normal. Glanzaugen. Rachenorgane: Zähne intakt, Tonsillen beiderseits zerklüftet, eitrig belegt, Gaumenbögen geschwollen. Die regionären Halslymphdrüsen vergrößert. Ausgedehnte Hautentzündung des Kopfes, Gesichts, Brust und Arme. Urin o. B. Röntgendurchleuchtung von Herz und Lungen o. B.

Blutbild: 72 N Segm., 23 Lymph., 6 Gr. Mon. 11000 Leucocyten. Erythrocyten 3,4. Hb. 72. Skg. 22 mm. Temperatur 38°. Therapie: Purinfreie, vegetarische salzfreie Kost, Dampfstrahl und Kleiebäder. Rödersche Mandelabsaugung ergibt am 25. 11. beiderseits eitriges Secret und Pfröpfe, ebenso am 28. 11., 2. 12. 5. 12., 7. 12., 10. 12. Weitere Rödersche Mandelabsaugungen am 14. 12. und 16. 12. Patient spürt deutlich eine langsam fortschreitende Besserung. Die Spannung, das Hitzegefühl und Brennen der Haut haben nachgelassen. An den erkrankten Hautstellen ist mit Ausnahme der Ellenbeuge ein Abblassen festzustellen. Weitere Mandelabsaugungen am 17. 12., 19. 12. 21. 12., 23. 12., 24. 12., 5. 1., und 7. 1. Nervöse Unruhe, Angstzustände und Herzklopfen nachgelassen. Allgemeinbefinden gut. Weitere R-M-Absaugungen am 9. 1., 11. 1. und 13. 1. Die erkrankten Hautstellen an den Ellenbeugen sind abgeheilt, sodaß die Patientin aus der klinischen Behandlung entlassen werden konnte.

Röder wies in seinen Arbeiten über Mandelgesundungsbestrebungen darauf hin, mit Hilfe seines tonsillären Absaugverfahrens auch bei den verschiedensten Stoffwechselkrankheiten günstige Erfolge erzielt zu haben. Es ist daher erforderlich, bei Stoffwechselkrankheiten gleichzeitig bestehende chronische Tonsillitiden zu beseitigen. Aus der Reihe von Stoffwechselerkrankungen bei welchen es mir mit Unterstützung der Röderschen Mandelabsaugung gelang, einen wirksamen Erfolg zu erzielen, seien hier zwei Beispiele angeführt.

Frau G. Chr., 40 Jahre alt, Eltern tot, eine Schwester nervenkrank, ein Bruder im Weltkrieg gefallen. Als Kind häufig krank gewesen, meist Mandelentzündung. Vor 17 Jahren Entfernung des linken Ovariums (Tumor). Vor einem Jahr Radikaloperation (Myom). Seit dieser Zeit Kopfschmerzen, Halsschmerzen, alle 3—4 Wochen Erbrechen. Uebler Mundgeruch, Schmerzen in der rechten unteren Rippengegend, Stuhlgang schlecht, Harnverhaltung. Speisen wie Fett, Schmalz, Kuchen, Schokolade und Essig werden schlecht vertragen. Vor drei Wochen Röntgenaufnahme von Magen und Gallenblase. Die Röntgenbilder ergeben eine Steinblase, an die der Bulbus duodeni herangezogen ist und durch adhaesive Prozesse ausgezogen, bezw. mit ihr verwachsen erscheint, Befund: kräftiger Körperbau, Haut und Schleimhaut gut durchblutet, Lungen o. B. Herz o. B., Puls gut gefüllt, 84 pro Minute. Blutdruck: R. R. 120/70. Abdomen 2 Querfinger breit. Unter dem rechten unteren Rippenbogen ist die Gallenblase druckempfindlich und palpabel. Leber glattrandig, Reflexe normal. Hals- und Rachenorgane: Tonsillen beiderseits vergrößert, zerklüftet, Gaumenbögen ödematös geschwollen, Zähne intakt. Die regionären Halslymphdrüsen beiderseits vergrößert. Blutstatus: Skg. 8 mm. Hb. 81. Leucocyten 6000. 4 Eosin. 46 N. Segn. 42 Lymph. 8 Gr. Mon. Temperatur: 37°, Therapie: 29. 11. Diathermie, Dampfstrahl, Rohkost vegetarisch, fettarm, Sauermilch. Rödersche Mandelabsaugung.

Beiderseits Entfernung von reichlich eitrigen Pfröpfen. Weitere Mandelabsaugungen am 30. 11., 2. 12., 4. 12., 6. 12., 7. 12., 9. 12. Behandlung wird sehr gut vertragen, subjektive Besserung, seelisch gehobene Stimmung. Kopfschmerzen haben nachgelassen. Appetit gut, nur noch leichte Schmerzen in der Gallenblasengegend. Weitere Mandelabsaugungen am 11. 12., 13. 12., 15. 12., 17. 12., 19. 12., 21. 12. und 23. 12. Seit 13. 12 ist Patientin vollkommen beschwerdefrei. Entlassung aus der Klinik. 10. 1. kein krankhafter Befund, ebenso am 25. 1.

Erich B., 47 Jahre alt, Kaufmann. In der Kindheit häufig Mandelentzündungen, die rechte Tonsille ist abgekappt worden, öfters Kopfschmerzen. Mit 18 Jahren Venenentzündung, Blinddarmentzündung. Im Krieg Malaria. Nach dem Krieg Auftreten von rheumatischen Beschwerden, besonders in den großen Fußzehen. Im Laufe der Zeit griff das Leiden auch auf die Fußgelenke über, sodaß Patient öfters bis zu 12 Wochen zu Bett liegen mußte. Vor 3 Jahren stellten sich Schmerzen in den Kniegelenken ein. Kuren in Bad Schmiedeberg, Pistyan, Franzensbad und Aachen-Burtscheid mit wechselndem Erfolg. Vor 2 Jahren traten die Schmerzen in den Fuß- und Kniegelenken so heftig auf, daß Patient 2 Monate klinisch mit Diathermie, Longetten, Lichtbrücke und Massage behandelt werden mußte. Danach wenig Besserung. Jetzt haben sich die Schmerzen in den Fuß-, Knie- und Fingergelenken derart verschlimmert, daß Patient nicht mehr gehen kann. Wiederaufnahme in die Klinik. **Befund:** kräftiger Körperbau, guter Ernährungszustand. Herz o. B. Blutdruck: R. R. 115/75, Lungen o. B. Bauchorgane o. B. Reflexe normal. Wirbelsäule, Hüftgelenke Schultern, frei beweglich. Gichtknoten am linken Ellenbogen und den kleinen Fingergelenken. Beide Kniegelenke sind stark geschwollen. Haut glänzend, aktive und passive Bewegung nicht möglich. Tonsillen hypertrophisch, zerklüftet, eitrige Pfröpfe sichtbar, Gaumenbögen ödematös geschwollen. Temperatur 38°. Blutbild: Skg. 20 mm Hb. 72, Erythrocyten 3,9. Leucocyten 11 000. 72 N. Segm. 23 Lymph. 1 Gr. Mon. Harnsäurespiegel 9,5 mg%. Therapie: purinfreie Kost, Dampfstrahl, Solluxbestrahlungen. Ab 6. 12. werden Rödersche Mandelabsaugungen vorgenommen. Entfernung von zahlreichen eitrigen Pfröpfen. Weitere Tonsillenabsaugungen am 8. 12., 10. 12., 12. 12., 14. 12., 15. 12., Behandlung wird sehr gut vertragen. Die Schmerzen haben nachgelassen, sodaß Patient die Knie ausstrecken kann und nicht mehr gekrümmt im Bett liegen muß. Weitere Mandelabsaugungen am 17. 12., 19. 12., 21. 12. und 23. 12. Behandlung wird auf Wunsch des Patienten ausgesetzt. Verschlimmerung, Wiederaufnahme in die Klinik am 4. 1. Rödersche Mandelabsaugung ergibt zahlreiche eitrige Pfröpfe. Weitere Tonsillenabsaugungen am 6. 1., 8. 1., 9. 1., 11. 1., 12. 1., 13. 1., 14. 1., 15. 1., 16. 1., 18. 1., Tonsillen- entleeren jetzt keinen Eiter mehr. Patient fühlt sich sehr wohl und kann die Kniee bewegen. Weitere Absaugungen am 20. 1., 22. 1. 24. 1., 26. 1., 28. 1., 31. 1., 2. 2., In der Zeit vom 18. 1. bis 2. 2. wurde kein Eiter mehr in den Tonsillen gefunden. Patient kann aufstehen und etwas gehen. Weitere

R-M-Absaugungen am 4. 2., 6. 2., und 9. 2. Blutstatus: Skg: 16 mm, Erythrocyten 4,4. Leucocyten 6600. Hb. 82. 0,5 Basoph. 1 Eosin. 0,5 N. Stabk. 62 N. Segm. 30 Lymph. 5 Gr. Mon. Polychromasie. Anisocytose. Weitere R-M-Absaugungen am 12. 2., 17. 2., 20. 2., 22. 2., 24. 2., 27. 2., 1. 3., 3. 3., 6. 3., 8. 3., 11. 3., 14. 3., 16. 3., 20. 3., Subjektiv keine Beschwerden in den Kniegelenken. Patient geht beschwerdefrei und kann Treppen ohne nachteilige Folgen steigen. Entlassung mit entsprechenden Verhaltungsmaßregeln. Harnsäurespiegel 9,0 mg. %.

Die Ergebnisse mit der Röderschen Mandelabsaugung beweisen, daß bei der überall und auch im Körper anzutreffenden Zielstrebigkeit, ein so ausgebildetes Organ wie die Tonsillen, ebensowenig wie der Blinddarm Fehlleistung der Natur sind, sondern erst zu Gefahrquellen werden, unter einer Lebensweise, für die der Organismus nicht angepaßt ist. Die Forderung vieler Forscher, gegen die Leidenschaft der Tonsillektomien Front zu machen und vernünftigere Grundsätze als bisher zu verlangen, scheinen durchaus berechtigt. Wenn auch die übergroße Mehrzahl von Tonsillektomien ohne nennenswerte Komplikationen verlaufen, so gehört die Operation zwar nicht zu den gefährlichsten, aber auch nicht zu den ganz harmlosen Eingriffen. Man sollte in jedem Falle, bevor man die Operation empfiehlt unter Berücksichtigung des Allgemeinbefindens, des Alters und der Blutungsgefahr sorgfältig abwägen, ob die von der Tonsillektomie zu erwartenden Erfolge so groß sind, daß die Gefahren der Operationen mit in Kauf genommen werden können. In Amerika entstand eine unfaßbare Ausbreitung der Tonsillektomien. Auf dem Lande entstanden Kliniken, die bei allen erreichbaren Kindern mit Hals- und Rachenerkrankungen erbarmungslos die Tonsillektomien ausführten.

Die experimentellen Untersuchungen mit der Röderschen Mandelabsaugung haben bis auf geringe Ausnahmen ein günstiges Ergebnis gezeigt. Das Rödern stellt im Kampfe gegen viele Erkrankungen eine wirksame Waffe dar, und vermag bei konsequenten Anwendung Schutz und Dauererfolg herbeizuführen. Es ist einfach und leicht, sodaß es bei Kindern und alten Leuten mit gleich gutem Erfolg angewandt werden kann. Während der zahlreich behandelten Fälle ist in keinem einzigen eine Nebenwirkung aufgetreten. Schon im Verlaufe der Behandlung trat bei allen Kranken ein solcher Umschwung ein, daß dies unbedingt auf die Röder-

sche Mandelabsaugungsmethode zurückzuführen ist. Die Beispiele für die Anwendbarkeit lassen sich beliebig vermehren, sodaß ein Zweifel an dem klinischen Wert der Röderschen Mandelabsaugung nicht mehr möglich ist.

Abschließend ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. Schönenberger Berlin, für die freundliche Ueberlassung des Themas zu danken. An dieser Stelle sei auch Herrn Professor Dr. Heymann vom Hygienischen Institut der Universität Berlin für seine Anregungen und der mir zur Verfügung gestellten Apparate, die hygienisch-bakteriologische Untersuchungen ermöglichten, bestens gedankt.

Literatur.

Fein, J.: Die Anginose. Lehre vom lymphatischen Rachenring. Berlin, Wien. Urban u. Schwarzenberg.

Halle: Ueber Beziehungen zwischen Tonsille und Thyreoidea. Deutsche med. Wschr. 1931 Nr. 39.

Haymann, L.: Die Verwicklung bei der acuten Tonsillitis. Münch. med. Wschr. 1933 Nr. 2 u. Nr. 3.

— Die Lymphbahnen der Nasen-Rachengegend. Münch. med. Wschr. Nr. 5. 1933.

John: Ueber die Bedeutung der Tonsillen für Gesundheit und Wehrfähigkeit. Münch. med. Wschr. 1931 Nr. 39.

— Zur Behandlung der angina pectoris. Zbl. f. innere Med. 1932 Nr. 18a.

Jägermann: Die Tonsillen und ihre konservative Behandlung mit dem Röderschen Saugferfahren. Münch. med. Wschr. 1932 Nr. 44.

Klapp: Ueber die Behandlung entzündlicher Erkrankungen mittels Saugapparaten. Münch. med. Wschr. 1905, Nr. 16.

Kofler„ K.: Sodbrennen und chronische Tonsillitis. Wien. klin. Wschr. 1928 Nr. 22.

Liebermann Th. v.: Tonsillogene Schmerzen am Kopfe. Wien. med. Wschr. 1929 Nr. 2.

Prym: Ueber die Behandlung der entzündlichen Erkrankungen der Tonsillen mittels Saugapparaten. Münch. med. Wschr. 1905 Nr. 48.

Pässler: Zur Frage der chronischen Infektion in der Mundhöhle. Münch. med. Wschr. 1931 Nr. 39.

— Ueber Herdinfektion. 42. Kongreß, Wiesbaden. Sitzung vom 7.—10. 4. 1930.

Röder, H.: Naturgemäße Mandelbehandlung. Flugschriften der med. biolog. Gesellschaft 1918. Nr. 2.

— Rheumatismus. Zbl. für innere Med. 1916 Nr. 50.

— Zur Physiologie und Pathologie des Lymphkreislaufes. Münch. med. Wschr. 1912 Nr. 40.

Roethlisberger: Neues über Untersuchung und Behandlung gewisser mit Polyarthritis causal verknüpfter Tonsillitiden. Münch. med. Wschr. 1912 S. 408—409.

Schönenberger: Der Naturarzt. Verlag Lebenskunst, Berlin 1928.

Straub, H.: Lehrbuch der inneren Medizin. von G. v. Bergmann usw. Berlin Verlag Julius Springer 1931.

Struck: Bakteriologische Befunde an den Gaumenmandeln. 1931. Archiv f. Ohrenheilk. 29 (95—100).

Vasilin (Bukarest): Von den Mandeln ausgelöste Kopfschmerzen. Arch. internat. de Laryng. usw. Sept.—Okt. 1931.

Wirth u. Renno: Die Gefahren der Tonsillektomie. Deutsche med. Wschr. 1933 Nr. 9.

Wolffheim: Zum Tonsillenproblem. Zbl. f. innere Med. 1921 Nr. 43.

— Tonsillen und allergische Erkrankungen. Deutsche med. Wschr. 1931. S. 1055.

Lebenslauf.

Am 15. Oktober 1897 wurde ich, Fritz Marotzki, in Bingen a/Rh. geboren. Ich besuchte das humanistische Gymnasium zu Bensheim a. d. B. 1915 wurde ich zum Heeresdienst einberufen, und kam 1916 an die Westfront. Am 23. Dezember 1918 wurde ich infolge Demobilmachung entlassen und studierte Medizin in Heidelberg, Greifswald und Berlin. Das medizinische Staatsexamen bestand ich im Jahre 1925. In der III. Medizinischen Universitäts-Poliklinik Berlin war ich bis zum Dezember 1925 tätig und erhielt die ärztliche Approbation. 1926 betätigte ich mich an der Chirurgischen Universitäts-Poliklinik Berlin. 1927 vervollkommnete ich meine ärztliche Ausbildung in der Universitäts-Frauenklinik in Berlin sowohl auf der gynäkologischen, als auch geburtshilflichen Abteilung. Von 1928 bis 1932 war ich als praktischer Arzt tätig. Seit 1. Juli 1932 arbeite ich als Volontär an der Hydrotherapeutischen Universitätsanstalt Berlin.